

○会員が視力矯正のためのメガネやコンタクトレンズ等を購入したとき

様式 19

メガネ購入補助請求書

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

①	所 属 名	橘 小 学 校		氏 名	宮 崎 ひ な た		
	所属コード	1 1 0 0 0		職員番号	0 0 0 0 0 2		
※ 本人記入欄か販売店記入欄のうちどちらかを記入							
②	(本人領収書記入欄)	購 入 内 容 (✓をつけてください)	視力矯正のための (☐ レンズ・ ☐ フレーム・ ☐ コンタクトレンズ)				
		購 入 日	令和 年 月 日	購 入 金 額	円		
		添付書類・会員チェック欄 ※領収書(原本)の場合	☐ 購入者氏名、購入日、購入金額、領収印がある ☐ ただし書きで「視力矯正のための○○」と記されている				
③	販売店記入欄(領収書不要)	購 入 者 氏 名	宮 崎 ひ な た				
		購 入 内 容 (○で囲んでください)	視力矯正のための (レンズ・フレーム・コンタクトレンズ)				
		販 売 日	令和○年 5 月 1 日	領 収 金 額	10,800 円		
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 ○ 年 5 月 1 日 所 在 地 宮崎市○○2丁目 2番2号 販 売 店 名 株式会社 ○○○○メガネ店 電 話 番 号 0985-01-0001					
上記のとおり請求します。 令和 ○ 年 6 月 1 日 氏 名 宮 崎 ひ な た 一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様							
④	送 金 先	宮崎 銀行 ○○ 支店	店 番 号	口 座 番 号	名 義 ※カタカナで記入	ミヤザキヒナタ	
		000					(普) 0000005

- ① 所属名／所属コード・氏名／職員番号を記入してください。(※ゴム印可)
- ② 会員本人が購入内容・購入日・購入金額を記入し、領収証は裏面に貼付してください。
※ 領収証のただし書きには、「視力矯正のための・・・」と記載してもらってください。
- ③ 販売店に証明をもらってください。
※ 領収証の添付は必要ありません。
- ④ 会員本人名義の送金口座を記入してください。